

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1963

THÈSE

N° 990

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Georges GOLDFAJN

né le 23 octobre 1937 à Paris (10e)

Interne de l'Hôpital de Dreux.

Présentée et soutenue publiquement le :

1963

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES OCCLUSIONS
INTESTINALES AIGUES PAR PHYTOBEZOAR
CHEZ LES GASTRECTOMISES

Président : Mr. POILLEUX, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS-V^e

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNEE 1963

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

DIPLOME D'ÉTAT

PAR

Georges GOLDFAJN

né le 23 octobre 1937 à Paris (10e)

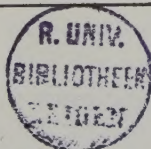
Interne de l'Hôpital de Dreux.

Présentée et soutenue publiquement le :

CONTRIBUTION A L'ETUDE DES OCCLUSIONS
INTESTINALES AIGUES PAR PHYTOBEZOAR
CHEZ LES GASTRECTOMISES

Président : Mr. POILLEUX, Professeur.

EDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE . PARIS.V^e



PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Aubin (A.), Bénard (H.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gastinel (P.), Halphen (E.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonquet (P.), Mouquin (M.), Olivier (E.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quênu (J.), Richet (C.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Léon BINET.
Membre de l'Institut

1^{er} ASSESSEUR Gaston CORDIER
2^e ASSESSEUR Paul CASTAIGNE

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	BAUMANN (J.)
Biochimie médicale	{ JAYLE (M.-F.) SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Embryologie	TUCHMANN (H.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	JOANNON (P.)
Histologie	GIROUD (A.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Médecine légale	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
Pathologie exotique	N...
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	N...
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	BOUDIN (G.)
Pharmacologie	CHEYMOL (J.)
Physiologie	{ BINET (L.) BARGETON (D.)
Physiologie et pathologie obstétricale	LEPAGE (F.)
Physique médicale	{ DOGNON (A.) DJOURNO (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	CAUCHOIX (J.)
Thérapeutique	CONTE (M.)
Thérapeutique appliquée	LAMOTTE (M.)

b) Professeurs à titre personnel :

Biochimie médicale	{ DESGREZ (P.) POLONOVSKI (J.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Hygiène et médecine préventive	DEPARIS (M.)
Pharmacologie	LÉVY (M ^{lle} J.)
Physiologie	PARROT (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.)

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	LEGER (L.)
	ABOULKER (P.)
Cliniques chirurgicales	PATEL (J.)
	GORDIER (G.)
	GOSSET (J.)
	SICARD (A.)
	OLIVIER (Cl.)
	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	GAUDART d'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laennec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	HUGUIER (J.)
Clinique gynécologique (Broca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des Enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	CASTAIGNE (P.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	MILLIEZ (P.)
	LENÈGRE (J.)
	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Cliniques médicales	BROUET (G.)
	BARIÉTY (M.)
	SÈZE (S. de)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
	DEBRAY (C.)
	GENNES (L. de)
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEROT (M.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	DAVID (M.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hôtel-Dieu)	GARGIN (R.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	LACOMME (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	MERGER (R.)
	VARANÇOT (J.)
Cliniques obstétricales	RENARD (G.)
	AUBRY (M.)
	LELONG (M.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	MARIE (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	BERNARD (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	MICHAUX (L.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	COSTE (F.)
Clinique de pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	DECHAUME (M.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laennec)	ROUX (M.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	LEMAIRE (A.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	GAULTIER (M.)
Clinique stomatologique (Pitié)	PADOVANI (P.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	DOMART (A.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	POILLEUX (F.)
Clinique toxicologique	COUVELAIRE (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique	TURPIN (R.)
Sémiologie médicale	
Sémiologie et clinique chirurgicales	
Clinique urologique (Necker)	
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	

b) Professeurs à titre personnel :

Médecine	(BOUR (H.)
	LHERMITTE (F.)
	PEQUIGNOT (H.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

	MM.		MM.
Anatomie	CABROL (G.) COUINAUD (C.) GILLOT (G.) OLIVIER (G.) pr. s. ch.	Orthopédie	JUDET (R.) MEARY (R.) POSTEL (M.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique	GAUTHIER-VILLARS (M ^{lle} P.) pr. s. ch. ABELANET (R.) CHOMETTE (G.) GOUYGOU (Ch.), m. conf. NEZELOFF (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie	DEBAIN (J.) PIALOUX (P.)
Anesthésiologie	KERN (E.) VOURC'H (G.)	Parasitologie	GOLVAN (Y.) LAPIERRE (J.)
Bactériologie	BARBIER (P.) pr. s. ch. CHRISTOL (D.) LE MINOR (L.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale	BARGAT (J.) BINET (J.-P.) CERBONNET (G.) CHATELIN (G.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GAREAY (M.) GARNIER (H.) (Cl. de) GAUDART-d'ALLAINES GERMAIN (A.) LATASTE (J.) LOYGUE (J.) MERCADIER (M.) NATALI (J.) PELLERIN (D.) PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale	BABLIEU Et. m. conf. BOURILLON (R.) CARTIER (P.) DREYFUS (J.-Cl.) GONNARD (P.) KRUEH (J.) JEROME (H.)	Pathologie exotique	SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports	PLAS (F.)	Pathologie expérimentale	BENHAMOU (J.-P.) BERTHAUX (P.) BOIVIN (P.) GROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÉPER (J.) Pr. s. ch. MAURICE (J.) MIKOL (Cl.) RICHTER (G.) AUSSANNAIRE (M.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CATINAT (J.) CHRÉTIEN (J.) COBLENTZ (B.) CONTAMIN (F.) COURY (C.) ÉTIENNE (J.-P.) FREZAL (J.) FRITEL (D.) HENNEQUET (A.) HIMBERT (J.) MOUSSET (E.) LAROUCHE (Cl.) LESOBRE (R.) LEVEQUE (B.) MACREZ (C.) MOREAU (L.) NICK (J.) ROYER (P.) TOURNEUR (R.) WOLFROMM (R.)
Carcinologie	BOIRON (M.) DENOIX (P.) MATHE (G.) SELIGMANN (M.)		
Dermato-Syphiligraphie	CIVATTE (J.) DUPERRAT (B.)		
Electro-Radiologie	LEDoux-LEBARD (G.)		
Hématologie	BESSIS (M.) BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.) DUHAMEL (G.)		
Histologie	COUJARD (R.), pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)		
Hydrologie	BESANÇON (F.) CORNET (A.)		
Hygiène	BOYER (J.) pr. s. ch. BLANCHER (G.) CORRE-HURST (M ^{me} L.) SAPIN-JALOUSTRÉ (H.)		
Maladies infectieuses	BASTIN (R.) Pr. s. ch. DUPONT (V.)	Pathologie médicale	
Médecine légale	FOURNIER (E.) GUENIOT (M.) HADENGUE (A.)		
Médecine du travail	ALBANARY (C.)		
Neuro-chirurgie	PERTUISET (B.)		
Neurologie	LAPRESLE (J.)		
Obstétrique	GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) LEVY (J.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) SENEZE (J.) SUREAU (C.) THOYER-ROZAT (J.)	Pédiatrie-Puériculture	LAFOURCADE (J.) LEPERCQ (G.) MANDE (R.) MOZZICONACCI (P.) POLONOVSKI (C.) ROSSIER (A.) VIALATTE (J.)
Ophtalmologie	BRÉGEAT (P.) DUBOIS (A.) SARAUX (H.)		

	MM.
Pharmacologie	BOISSIER (J.) LECHAT (P.) BARRES (G.) DEJOURS (P.) pr. s. ch.
Physiologie	DURAND (J.) GIRARD m. conf. HUGELIN (A.) SCHERRER (J.) CHANTEUR (J.) COUGEROT (L.), m. conf. pr. s. ch.
Physique médicale	GREMY (F.) m. conf. MILHAUD (G.) PELLERIN (P.) ROUCAYROL (J.-C.) TUBIANA (M.) m. conf.
Pneumo ptisiologie	KREIS (B.) MEYER (A.) RENAULT (P.)

	MM.
Psychiatrie	PICHOT (P.)
Psychiatrie infantile	DENIKER (P.) DUCHE (D.) FLAVIGNY (H.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.) pr. s. ch.
Stomatologie	CERNEA (P.) CHAPUT (M ^{me} A.) m. e. agr. GRELLET (M.)
Thérapeutique	CHASSAGNE (P.) MARCHE (J.)
Urologie	AUVERT (J.) MOULONGUET (A.) QUENU (L.)

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.
Anatomie	DEBEYRE (J.)
Clinique chirurgicale	VERNE (J.-M.)
Clinique médicale	PERRAULT (M.) RAMBERT (P.) THIEFFRY (S.)
Clinique obstétricale	GRASSET (J.) MAYER (M.)

	MM.
Clinique ophtalmologique	DESVIÈGNE (P.) OFFRET (G.)
Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
Clinique psychiatrique	BARUK (H.)
Clinique urologique	KUSS (R.)

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

V. - CHARGÉS DE COURS D'HYGIÈNE SCOLAIRE ET UNIVERSITAIRE

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Secrétaire principal	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque	
Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)
Bibliothécaire	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlle LAURENT (H.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A MES PARENTS

A MES FRERES

En témoignage de profonde affection

A TOUS MES AMIS.

A Monsieur le Professeur POILLEUX

Professeur de sémiologie et clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
qui nous a fait le très grand honneur d'accepter
la présidence de notre thèse.

En témoignage de respectueuse gratitude

A mon Jury de Thèse.

A Monsieur le Professeur Agrégé EDELMANN

Qui a eu l'extrême obligeance de nous communiquer
une observation personnelle.
Qu'il en soit vivement remercié.

Aux chirurgiens de l'hôpital de Dreux

A Monsieur de Docteur TOSTIVINT

qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.

Ses conseils et son exemple m'ont toujours été
d'un précieux secours. Je lui en exprime ma
très vive reconnaissance.

A Monsieur le Docteur FRANC

En remerciement de son enseignement

Au Docteur Hélène TESTON

En témoignage de ma très sincère amitié.

Aux Médecins de l'hôpital de Dreux

Monsieur le Docteur	GEDEFROY
Monsieur le Docteur	DU SORBIER
Monsieur le Docteur	JAEGER
Monsieur le Docteur	TEISSIER
Monsieur le Docteur	PEZE
Monsieur le Docteur	JOUSSET
Monsieur le Docteur	SOBEL
Monsieur le Docteur	VILLENEUVE

I N T R O D U C T I O N

Nous venons, en quelques mois, d'observer deux cas d'occlusion intestinale aiguë par corps étranger alimentaire, survenant chez des gastrectomisés.

Nous pensons étant donné le petit nombre de cas jusqu'ici publiés - nous en avons relevé 31 autres dans la littérature - qu'il pouvait être intéressant de faire connaître nos observations, auxquelles nous joignons une observation inédite qu'à bien voulu nous communiquer Monsieur le Professeur agrégé EDELMANN, que nous remercions vivement de son obligeance.

Nous avons pensé que cela pouvait être l'occasion de réunir les publications faites à ce sujet jusqu'à ce jour, et de tenter d'en ébaucher une synthèse, dont l'intérêt pourrait être de pouvoir isoler une symptomatologie particulière, et une ligne thérapeutique à cette complication des gastrectomies. Peut-être moins exceptionnelle que ne semble l'indiquer la rareté des travaux la concernant - très certainement évitable par une diététique alimentaire simple, trop souvent négligée par les gastrectomisés - et de ce fait ne devant aucunement porter préjudice à une intervention qui, malgré les multiples reproches qui lui sont actuellement formulés, doit garder une place importante dans le traitement de certains ulcères gastro-duodénaux irréductibles médicalement.

Il semble que la résection gastrique, et l'anastomose gastro-jéjunale qui la termine - en effet aucun cas ne semble avoir été publié de phytobézoar survenant chez les gastrectomisés totaux, ou les gastrectomies partielles avec anastomose gastro-duodénale type PEAN - est un facteur favorisant de ces iléus

alimentaires. Certes ceux-ci sont bien connus, chez les sujets indemnes de toute mutilation digestive : HILLEMAND, signale qu'en 1940 BOWEN et MAC HARDY en colligeaient 128 cas ; les publications faites à l'Académie de Chirurgie en 1944 montrent une recrudescence de l'affection pendant les années de guerre, où les régimes alimentaires étaient hautement cellullosiques. Certaines spécialités régionales, tel le raisin et les pépins à l'époque des vendanges en pays vinicoles (BARROUX - Société de Chirurgie de Bordeaux et du Sud-Ouest - 19 mars 1953), semblent les favoriser.

Cependant, en raison du relativement très petit nombre de sujets gastrectomisés par rapport à l'ensemble des populations, il semble que l'iléus alimentaire du gastrectomisé est proportionnellement plus fréquent que l'iléus alimentaire du sujet indemne de résection gastrique. Ce qui paraît logiquement découler des perturbations apportées au temps gastrique de la transformation du bol alimentaire et dont la méconnaissance, spécialement chez les sujets où les résultats de l'opération sont très favorables, entraîne une négligence dans l'observation de quelques principes diététiques simples, qui sont certainement le meilleur moyen d'éviter une telle complication - ainsi d'ailleurs que certains troubles post-opératoires qu'accusent certains gastrectomisés.

OBSERVATIONS

Nous rapportons ici nos deux observations drouaises, plus une observation inédite que nous a très obligeamment communiquée le Professeur Agrégé EDELMANN, que nous remercions vivement de sa bienveillance.

OBSERVATION N° I - Mme MAR... Germaine, 56 ans.

Entre en urgence à l'hôpital de Dreux, le 26 avril 1961 pour une occlusion intestinale aiguë.

Celle-ci, survenant chez une constipée chronique, a présenté un début progressif, avec arrêt des matières et des gaz total depuis trois jours, vomissements ayant à l'entrée un caractère fécaloïde.

Température 37°8. Tension artérielle 17-9.

L'abdomen est moyennement météorisé, souple, douloureux dans son ensemble, sans ondes péristaltiques perçues, sans anomalie constatée au niveau des orifices herniaires. Touchers rectal et vaginal sont normaux.

Il existe une cicatrice de médiane sus-ombilicale répondant à une gastrectomie pratiquée le 4 mars 1954 (Docteur TOSTIVINT - Hôpital de Dreux) pour un assez volumineux ulcère calleux de la petite courbure gastrique. La gastrectomie, haute sur la petite courbure, plus économique sur la grande courbure, avait été les deux tiers de l'organe et avait comporté une gastro-

Jéjunostomie type Finsterer sur anse courte précolique avec suspension de l'anse jéjunale. Ses suites opératoires avaient été simples, les résultats fonctionnels favorables, la patiente ne suivant plus de régime depuis l'opération.

La radiographie d'abdomen debout sans préparation montre trois images hydro-aériques caractéristiques d'une occlusion aiguë de l'intestin grêle, mais d'importance réduite, surtout compte tenu de l'horaire tardif où la malade est examinée.

L'intervention chirurgicale est décidée d'urgence.

C.E.O. - Docteur FRANC - 1e 26.4.61

Occlusion intestinale aiguë du grêle chez une gastrectomisée.

Ablation d'un phytobézoar (Orange) par iléotomie suivie de suture.

Médiane à cheval sur l'ombilic. Il s'agit d'une occlusion de l'intestin grêle (iléon) par obstruction. Il existe en effet, à l'union du grêle dilaté et du grêle plat, une masse située dans la lumière intestinale et bloquée. L'intestin grêle est libre de toute adhérence. Consistance irrégulière, avec zones dures (pépins d'orange), de la masse qui peut être mobilisée. Mais elle semble cependant trop volumineuse pour être amenée jusqu'au coecum en franchissant la valvule de Bauhin. On fait donc une iléotomie qui permet d'extraire le corps étranger constitué par un conglomerat de fibres d'orange non digérées. Suture au catgut par points séparés (plan total invaginant) et plan séro musculaire au lin. Paroi : catgut et nylon, plus agrafes.

Le traitement post-opératoire comporte : aspiration gastro-duodénale et rééquilibration hydro-électrolytique par perfusions en se basant sur la répétition des bilans ioniques.

Les suites opératoires furent simples. La malade quitta le service le 13.5.61.

OBSERVATION II - Mr. LEL ... Maurice, 63 ans

Entre en urgence à l'hôpital de Dreux le 16.II.62 pour occlusion intestinale aiguë.

Son début brusque est survenu 18 heures plus tôt par des vomissements. Ceux-ci, après accalmie passagère, se répètent, alimentaires, puis bilieux. Une selle est survenue quelques heures après le début du syndrome. L'arrêt des gaz est difficile à préciser.

Température 37°5. Tension artérielle : 13/8.

Bon état général.

L'abdomen est souple, légèrement douloureux dans la fosse iliaque gauche. On note un léger météorisme épigastrique et du flanc gauche, sans ondulation péristaltique. Aucune anomalie herniaire ni au toucher rectal.

Présence d'une cicatrice médiane sus-ombilicale répondant à une gastrectomie pour ulcère de la face antérieure du bulbe duodénal, pratiquée le 20.I.58, dans le service du Docteur LEIBOVICI, Hôpital Saint-Antoine à Paris. Il s'agissait d'une résection gastrique aux deux-tiers avec section verticale de l'estomac, et anastomose type Finsterer avec gastro-jéjunostomie sur anse courte trans-mésocolique, avec suspension de l'anse. Les suites opératoires de cette intervention avaient été normales. Le malade ne suivait depuis aucun régime alimentaire.

Les deux derniers repas pris avant le début du syndrome occlusif comportaient l'absorption de salade, dont le patient semblait être spécialement friand, en grande quantité.

La radiographie de l'abdomen, debout sans préparation, objective l'existence d'une dilatation gazeuse du grêle, para-médiane droite avec 3 niveaux liquides. Il existe également une petite image hydro-aérique para-médiane gauche.

Ces signes d'occlusion aiguë de l'intestin grêle imposent l'intervention chirurgicale d'urgence.

C.R.O. - Docteur TOSTIVINT - le 16.II.62

Laparotomie pour occlusion de l'intestin grêle.

Petite médiane sous-ombilicale. Il s'agit d'une obstruction du grêle terminal, à environ 30 centimètres de la valvule iléo-coecale, par un phytobézoar de la taille d'une grosse prune, qu'on arrive, en le malaxant à travers la paroi intestinale, à facilement faire progresser et pénétrer dans le coecum. Très notable dilatation de l'intestin sus-jacent et spécialement du haut jéjunum. Il n'existe aucune adhérence plastique de l'intestin grêle.

Le traitement post-opératoire fut banal ; les suites très simples, le malade quittant le service le 27.II.62, 11 jours après l'intervention.

OBSERVATION INEDITE DE Minsieur le Professeur Agrégé EDELMANN

- Mr SCH... Marcel, né le 9.7.1895

Admis le 10.5.62

Sorti le 9.6.63

Gastrectomie type Finsterer pour ulcus duodéal, plus cholécystectomie en 1941.

Occlusion intestinale aiguë.

C.R.O. le 11.5.62

Occlusion intestinale aiguë chez un gastrectomisé. Phytobézoar de l'iléon. Médiane itérative à cheval sur l'ombilic. Les adhérences épiploïques sont libérées.

Le jéjunum est dilaté jusqu'au niveau d'une petite masse ovoïde ; au-delà de celle-ci, le grêle est plat.

Entérotomie transversale du quart de la circonférence de l'invagination.

Accouchement du bézoar. Vidange du grêle.

Fermeture de l'entérotomie par points séparés de lin en un plan.

Suites favorables.

oOo

HISTORIQUE

L'occlusion intestinale aiguë par phytobezoar chez les gastrectomisés semble rare, puisque nous en avons relevé que 31 cas dont 11 français, dans la littérature ; nos 3 observations inédites portant à 34 le nombre de cas publiés.

I - EN FRANCE

L'occlusion intestinale aiguë par phytobezoar a bien été étudiée , notamment par SEIDMANN en 1938 mais aucun des 10 cas qu'il avait relevés n'étaient survenus chez un gastrectomisé.

1 - Le cas français princeps semble avoir été décrit par BARBIER en janvier 1944 à l'Académie de Chirurgie. Il s'agit là d'une forme précoce. Au 15ème jour d'une gastrectomie pour ulcère de la petite courbure, nécessité d'une réintervention pour douleurs post-prandiales avec vomissements et, radiologiquement, dilatation de l'anse efférente. Cette anse efférente est oblitérée, à 15 centimètres de l'anastomose, par un amas de feuilles d'endives amarré à la bouche gastro-jéjunale par le surjet de fil de lin, dont une boucle l'avait pris comme au lasso. L'ablation du phytobézoar fut suivi de guérison.

2 - CHENILLEAU et LAFFITTE présentent à la Société de Chirurgie de BORDEAUX et du SUD-OUEST, séance du 19 Mars 1953, rapporté dans le Bordeaux-Chirurgical d'Avril 1953, 2 nouveaux cas observés, curieuse coïncidence, à 48 heures d'intervalle .

Leur premier malade présenta, 5 ans après une gastrectomie type Polya pour ulcus duodénal un syndrome abdominal aigu, en 2 temps séparés par une accalmie passagère, qui imposa l'intervention avec le diagnostic d'occlusion haute du grêle. Il s'agissait d'un phytobezoar fait de débris de piments caractérisés par leurs graines, extrait par entérotomie - de suites fort simples.

Leur deuxième patient était un ~~veillard~~ gastrectomisé 5 ans plus tôt, hospitalisé tardivement en plein syndrome toxique pour une occlusion vieille de 48 heures, ayant présenté une accalmie trompeuse que fit différer l'hospitalisation. L'intervention montre une obstruction du grêle par phytobézoar de la taille d'un oeuf de poule, composé de pulpe et de graines de piments, extrait par iléotomie - terminée par une vidange du grêle par aspiration, et iléostomie. Le décès survient 24 heures après l'opération.

Dans la discussion suivant cette publication, GAUSSON cite une observation personnelle d'occlusion haute du grêle chez un gastrectomisé par un énorme ~~amas~~ de figues agglomérées en couches concentriques.

3 - EDELMANN présente à la Société Nationale Française de Gastro-Entérologie, dans sa séance du 10 avril 1961, rapportée dans les archives des maladies de l'appareil digestif en juin 1961, 3 nouveaux cas d'occlusion intestinale aiguë du grêle par phytobézoar, après gastrectomie partielle avec anastomose gastro-jéjunale.

La première malade gastrectomisée 4 ans auparavant présenta brutalement un syndrome abdominal aigu, qui en absence de météorisme abdominal, fit d'abord porter le diagnostic de cholécystite aiguë avant d'aboutir, quelques heures plus tard, à celui d'occlusion du grêle de nature indéterminée. L'indéterminée. L'intervention en montra la cause : un phytobézoar formé de fragments d'oranges non digérés. La malade interrogée, révéla qu'en effet elle avait mangé la veille, très gloutonnement, en regardant la télévision, trois oranges coup sur coup.

Le deuxième malade d'EDELMANN gastrectomisé 10 ans auparavant pour ulcus, présenta lui aussi une occlusion intestinale aiguë du grêle, par fibres

non digérées d'oranges ingurgitées 12 heures plus tôt. A signaler chez lui de multiples adhérences du grêle, libérées lors de l'intervention - de suites simples.

Son troisième malade, gastrectomisé 7 ans auparavant pour ulcère, fut hospitalisé à la 48^e heure d'une occlusion typique du grêle, que l'opération montra due à un amas de feuilles de chou agglomérées dans la partie terminale d'un intestin grêle libre de toute adhérence.

Dans ses commentaires, EDELMANN note qu'il lui est bien difficile d'admettre comme une simple coïncidence que les 3 cas d'iléus alimentaires qu'il ait observés, soient tous survenus chez des gastrectomisés. Il note aussi que les premiers signes occlusifs ne se manifestent pas avant la 12^e heure qui suit l'ingestion alimentaire, et qu'il s'agit en général de sujets ne suivant que de très loin l'hygiène alimentaire recommandée au gastrectomisés.

Dans la discussion suivant cette communication, LE ROY présente l'observation d'un patient de 58 ans gastrectomisé 5 ans plus tôt pour ulcère, opéré d'urgence à la 6^e heure d'une occlusion du grêle provoquée par un double corps étranger alimentaire formé par des fibres de quartiers d'orange et d'haricots verts, siégeant à 15 centimètres de la fin du grêle. Evacuation par une simple iléotomie des deux amas, qui assurera la guérison après suites simples. Ce patient, atteint d'une fracture du maxillaire inférieur, édenté, se trouvait momentanément privé de son appareil protétique.

4 - RIBET, FOVET et GUERRIN (presse Médicale du 25 décembre 1961) présentent trois observations.

- La première relate l'histoire d'une femme de 30 ans ayant, pour ulcère pylorique, subi une gastro-entérostomie en 1938, puis, dix ans plus tard, un gastrectomisé. Un an après celle-ci un syndrome abdominal : subaigu fit porter le diagnostic de péritonite tuberculeuse. L'échec du traitement institué (pneumo-péritoïne et streptomycine) fit pratiquer un examen radiologique avec ingestion d'un repas opaque. Celui-ci mit en évidence une distension jéjunale et permit l'identification d'un corps étranger. Il fut suivi d'un violent accès occlusif aigu, mais une surveillance radiologique permettant d'observer la progression du corps étranger vers le caecum fit différer l'intervention qui, finalement, peut être évitée. L'évacuation d'un bouchon

formé de peaux de raisins agglomérées par du carbonate de magnésie mit fin aux phénomènes pathologiques. L'ingestion des fruits responsables du bézoar avait eu lieu un mois auparavant, précédant l'apparition du syndrome subaigu.

- Leur deuxième observation est celle d'un homme de 43 ans opéré quelques années plus tôt d'une gastrectomie avec gastro-jéjunostomie sur anse longue, et jéjuno-jéjunostomie au pied de l'anse. Il est réopéré à la 48ème heure d'un syndrome d'occlusion aiguë. Sont découverts deux corps étrangers du jéjunum, bloqués à 20 centimètres de distance, énucléés par deux courtes entérotomies. Ils sont constitués par des fibres de chou rouge absorbé deux jours plus tôt. L'intervention amena la guérison.

- Leur troisième cas est celui d'un homme de 41 ans gastrectomisé 5 ans plus tôt pour ulcère. Opéré à la 24ème heure d'une occlusion aiguë du grêle par corps étrangers alimentaires (choucroute) siégeants sur la dernière anse grêle, de la taille d'un oeuf de poule, évacués par iléotomie. Guérison après suites simples.

II - A L'ETRANGER

Les études sur les iléus alimentaires ont été plus nombreuses qu'en France. Le premier cas de phytobézoar fut rapporté par QUAIN en 1854, la première extirpation chirurgicale eut lieu en 1896, mais chez des sujets non gastrectomisés.

DE BAKEY et OCHSNER publient en 1838 une revue générale sur les phytobézoars, où ils notent 25 % d'occlusions intestinales aiguës sur 119 cas observés, mais aucun reconnu sur un gastrectomisé.

Le cas prinseps chez un gastrectomisé fut rapporté en 1930 par l'Allemand E. SEIFERT : occlusion aiguë du grêle par un amas de choucroute chez un sujet porteur d'une gastrectomie type Finsterer.

2 - Ce n'est qu'en 1942 que fut publiée la deuxième observation mondiale de cette affection, par ALLEN et SMITHWICK ; le corps étranger est formé de fibres de quartiers d'oranges, ce que l'on va ensuite retrouver dans beaucoup d'observation.

3 - Puis DEL RIO, PAZ et CARPANELLI, en 1944, publient deux cas (pulpes d'oranges). Il faut signaler que l'un d'entre eux survint chez un sujet porteur d'une gastro-entérostomie. Il s'agit à notre connaissance du seul cas mondial publié à ce jour.

4 - Vinrent ensuite les observations de BAUMEISTER et DARLING en 1947 : FLEMMING et WARD Mac QUAID en 1950 : ELFVING et SCHEININ en 1953. Chacun sur un cas, où l'orange était responsable de l'iléus alimentaire.

5 - En 1955 P.B. NORBERG apporte un contingent particulièrement important de nouvelles observations puisqu'il réunit 7 nouveaux cas : 5 dus à des agrumes (dont un pamplemousse) et 2 de nature inconnue, car poussée chirurgicalement dans le colon.

6 - Quatre nouvelles observations furent ensuite rapportées, 2 en 1956 par BOWEN (noix de coco et figues) et 2 par SPURZEM et DESSER en 1957 (idem).

7 - En 1960, NAGEL et BERGERA, à l'occasion d'un cas personnel observé en 1958 (figues sèches) consacrent une importante étude aux 17 cas mondiaux qu'ils colligent avec le leur. Il est à noter qu'ils ne citent aucune observation française, ni celle de BARBIER (1944), peut-être un peu spéciale, ni celles de CHENILLEAU et LAFFITE (1953) et de CAUSSEN.

8 - Le dernier cas publié à notre connaissance est celui de J.W. MANIER, en 1963 (Janvier) où le phytobézoar était composé de noix de coco.

E T I O L O G I E

L'iléus alimentaire chez le gastrectomisé semble donc être une affection rare, puisque, en comptant nos deux cas et l'observation inédite d'EDELMANN, nous ne relevons que 34 cas de cette manifestation.

Cependant, nous sommes frappés par le fait que plusieurs auteurs ont observé plusieurs cas personnels :

NORBERG fait état de 7 cas personnels.

EDELMANN en a publié 3 à la société Nationale de Gastro-Entérologie et nous en fait connaître un quatrième.

RIBET, FOVET et GUERRIN en ont observé 3.

CHENILLEAU et LAFFITTE, à 48 heures d'intervalle, en ont observé deux.

Nous-mêmes dans un petit centre provincial en avons traité deux en l'espace de 18 mois.

Certes, suivant CHENILLEAU et LAFFITTE, "ce qu'on nomme, en chirurgie, loi des séries, met parfois une certaine malignité à se jouer de nous en nous proposant successivement des problèmes identiques mais non toujours faciles".

Néanmoins nous nous demandons si des observations inédites n'existent pas, nombreuses, dans les dossiers de chirurgiens, estimant qu'il s'agit là d'une simple curiosité sans portée pratique réelle. Nous n'avons pas eu le loisir de mener une enquête qui nous eut peut-être réservé des surprises.

Il survient plutôt chez l'homme que chez la femme mais étant donné la plus grande fréquence de la maladie ulcéreuse, et par là des gastrectomisés, dans le sexe masculin, il ne semble pas que celui-ci prédispose spécialement à cette variété d'occlusion.

La proportion de sujets âgés, ou relativement âgés semble notable. Peut être est-ce la conséquence d'un mauvais état dentaire, et par là d'une mastication insuffisante, que plusieurs auteurs ont imprimé dans la genèse du corps étranger alimentaire.

Il s'agit d'un accident ordinairement tardif, survenant plusieurs années après une gastrectomie : 4 ans, 5 ans, 7 ans, voire même 15 ans (3ème cas de RIBET et collaborateurs) ou 21 ans (cas inédit d'EDELMANN). Précoce, elle paraît exceptionnelle : seul BARBIER a observé un cas survenu au 15ème jour, où une anse de fil de lin, reliquat d'un surjet de l'anastomose, retenait un corps étranger alimentaire cellulosique, ce qui, du point de vue mécanisme, isole ce cas des autres observations publiées.

Elle semble ne survenir qu'après anastomose gastro-jéjunale, type Polya, ou plus spécialement Finsterer - tant sur anse courte, suspendue ou non, transmésocolique que précolique, que sur anse longue (cas de RIBET et collaborateurs, ou le montage comportait en outre une anastomose jéjunojéjunale au pied de l'anse anastomotique). Dans un cas (DEL RIO et collaborateurs) il s'agissait non d'une gastrectomie, mais d'une gastro-entérostomie. Faut-il incriminer ces types d'anastomose, gastro-jéjunales ? Nous pensons qu'il est difficile de le faire étant donné qu'il s'agit là du mode d'anastomose le plus fréquemment employé après gastrectomie partielle, les gastro-duodéostomies type Péan n'étant pour la majorité des opérateurs, peut-être à tort, qu'un procédé d'exception. Aucun cas n'est signalé après gastrectomie pylaire supérieure - où la conservation du sphincter pylorique réalise un montage certainement plus physiologique. Mais il s'agit d'une intervention d'indications et de pratique peu courantes. Enfin, aucune observation ne concerne les gastrectomisés totaux - mais là, également, la rareté relative de l'intervention ne permet pas de formuler une conclusion valable.

Nous n'avons pu trouver, dans les différentes observations publiées, de détail suffisant concernant la largeur de la bouche anastomotique. Dans

le seul de nos deux cas où la gastrectomie avait été réalisée par nous, l'anastomose en ~~ra~~quette comportait une bouche anastomotiques assez étroite, d'environ 3 centimètres dans son grand diamètre, comme nous le pratiquons ordinairement. Ainsi, plus peut-être que la largeur de la bouche, ou le type d'anastomose, c'est sans doute le caractère anti-physiologique de ces anastomoses, dépourvues d'un sphincter comparable au muscle pylorique, qui porte une responsabilité dans la genèse du corps étranger alimentaire. Nous y reviendrons plus loin.

La totalité des cas concernant des gastrectomies pour ulcère - car nous avons exclu de notre documentation un 4ème cas publié par EDELMANN à la Société Nationale de Gastro-Entérologie en même temps que ces 3 observations d'authentiques phyto-bézoar ; il s'agissait, chez un gastrectomisé partiel pour cancer antral, d'une perforation colique par un os de lapin long de 6 centimètres, dégluti en même temps que la totalité d'une cuisse de l'animal, ce qui suppose une complaisance particulière du tractus digestif, et spécialement de la gastro-jéjunostomie type Polya dont le patient était porteur. Mais du fait de la rareté des longues survies des cancéreux après gastrectomie partielle, il ne semble pas qu'on puisse estimer que le phyto-bézoar soit une complication spécifique de l'ulcéreux gastrectomisé à l'exclusion des gastrectomisés pour cancer ; ou des gastrectomisés pour d'autres indications, qui sont exceptionnelles hors l'ulcère ou le cancer.

D'une façon générale, il s'agit de gastrectomies bien tolérées. Où le sujet a abandonné toutes précautions alimentaires, tout régime. Seul le second malade d'EDELMANN présentait un syndrome de dénutrition, mais semblant bien plus en rapport avec une situation de misère, qu'avec la gastrectomie qui avait été bien supportée pendant 10 ans.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La lésion est caractérisée par une obstruction de l'intestin grêle par un corps étranger alimentaire.

1 - Le corps étranger est formé par un conglomérat de substances alimentaires d'origine végétale, à haute teneur cellulosique.

- L'orange, par ses fibres et ses pépins, est la plus grande responsable, spécialement chez les auteurs anglo-saxons, alors qu'elle n'a été identifiée que dans trois cas français (deux d'EDELMANN et un des nôtres). D'autres agrumes (le pamplemousse dans un cas de NORBERG) peuvent être en cause.

- Cependant tout aliment richement cellulosique peut créer un tel corps étranger, soit par des fibres végétales : la choucroûte ou le chou chez le malade de SEIFERT, dans le troisième cas d'EDELMANN, le deuxième et le troisième cas d'EDELMANN, le deuxième et le troisième cas de RIBET ; la malade, dans notre deuxième observation ; l'endive dans le cas de BARBIER ; la noix de coco dans le cas de BOWEN, de SPURZEM et de DESSER, de MARNIER ; les piments chez les opérés bordelais de CHEVILLEAU et LAFFITTE ; l'haricot et l'orange chez le patient de LEROY.

soit par des peaux ou des pépins de fruits : raisins, dans le premier cas de RIBET, figues chez les malades de CAUSSEN, de BOWEN, de NAGEL et BERGERA, de SPURZEM et DESSER.

- Dans le premier cas de RIBET, les débris cellulosiques alimentaires étaient cimentés par du carbonate de magnésie, absorbé à titre thérapeutique.

- Ces substances forment un conglomérat sphérique ou ovalaire de taille variable : prune, oeuf de poule ; parfois multiples : LE ROY, RIBET dans son deuxième cas, ont constaté un double corps étranger ; de consistance variable : dur, mais n'ayant pas la dureté pierreuse de la pierre d'un iléus biliaire ; plus souvent simplement ferme, avec des zones dures répondant à des pépins de fruit ; parfois relativement mou, malléable : c'est le cas notamment de notre deuxième malade où le corps étranger peut être modelé, et de ce fait acheminé jusqu'au caecum.

- On les trouve à une hauteur variable, dans l'intestin grêle ; parfois haut - à quinze centimètres de la bouche anastomotique, dans le cas très spécial de BARBIER, où le bouchon alimentaire était retenu par le matériel de suture ; au niveau du jéjunum, dans le deuxième cas de RIBET, dans celui de GAUSSEN.

Mais ordinairement on les trouve à la partie moyenne du grêle, tels les deux premiers cas d'EDELMANN, notre première observation.

- Et dans l'iléon terminal : troisième cas et observation inédite d'EDELMANN, troisième cas de RIBET, et souvent même très près de la valvule de BAUHIN : à trente centimètres dans notre deuxième observation ; à quinze centimètres dans le deuxième cas de CHEVILLEAU et LAFFITTE, chez le malade de LE ROY.

- Son blocage peut être incomplet ; et sa migration se poursuivre : c'est ce qu'illustre la première observation de RIBET où la guérison fut obtenue par une migration spontanée du corps étranger, identifiée radiologiquement par un repas opaque, et où des examens radiologiques répétés permirent de suivre sa progression. A vrai dire, il s'agissait là d'une forme subaiguë, mais on peut se demander, si les formes, relativement nombreuses où le corps étranger fut retrouvé près de la valvule iléo-caecale n'auraient pu spontanément terminer une migration presque achevée, et si s'imposait sinon la légitimité (amplement justifiée par les symptômes d'occlusion du grêle) du moins la nécessité formelle de l'intervention.

2 - Les lésions intestinales associées en règle se bornent à une dilatation, avec stase, d'importance variable, de l'intestin en amont de l'obstacle - avec parfois une suffusion séreuse péritonéale.

Seul l'opéré tardif de CHENILLEAU et LAFFITTE présentait un iléon cyanosé très dilaté, aspect qui paraît uniquement lié à la stase d'amont ;

Aucune lésion perforative n'a été constatée, ce que la consistance molle, l'absence d'aspérités traumatisantes du corps étranger rendent logique ;

Ordinairement, l'intestin obstrué s'est trouvé libre de toute adhérence, indemne de toute sténose extrinsèque ou intrinsèque pré-existante. Seul, le deuxième malade d'EDELMANN dut subir la libération d'adhérences plastiques péri-intestinales, qui ont pu jouer un rôle dans le blocage du corps étranger.

3 - L'existence d'un syndrome humoral associé réalisant un déséquilibre hydro-électrolytique habituel chez les occlus, guère précisé dans les observations que nous avons consultées, semble relativement tardif. Nombre de malades ont été opérés à un horaire relativement tardif, allant de 24 heures à 3 jours, sans que soient signalées de suites particulièrement agitées.

Seul est mort, opéré en plein syndrome toxique, le deuxième malade de CHEVILLEAU et LAFFITTE ; il semble que ce type d'obstruction qui peut-être reste incomplète pendant un certain temps après le début du syndrome clinique, n'ait que peu tendance à déterminer un syndrome humoral précocément grave, et notamment des formes suraiguës toxiques, telles qu'on les observe dans les strangulations du grêle. Il n'en reste pas moins qu'une rééquilibration très précise, sous contrôles biologiques répétés, tient une place importante dans le traitement de ces malades comme chez tous les occlus.

P A T H O G E N I E

Elle peut se résumer en la constitution d'un conglomérat cellulosique, issu d'aliments insuffisamment mastiqués, et insuffisamment fragmentés par temps gastrique de modification du bol alimentaire. Au fur et à mesure de sa progression dans l'intestin grêle, il se densifie petit à petit au point de constituer un bouchon dont le volume s'oppose à l'achèvement de sa migration jusqu'au colon, dont le calibre permet une normale évacuation.

Dans les éléments déterminant ou favorisant la formation du bézoar, nous pensons, à la lumière des observations publiées, ne devoir retenir qu'un caractère exceptionnel au rôle invoqué :

1 - du matériel de suture : c'est le cas de Barbier, où l'anse de fil de lin, reliquat d'un surjet anastomotique, semble avoir eu un rôle prépondérant. Ce fait unique, ne pouvant guère expliquer que des cas précoces, encore que des exemples existent de matériel de suture demeurant longtemps en place, générateurs de stomites rebelles de la bouche anastomotique, fait certainement le procès des surjets aux fils non résorbables, dont l'emploi est généralement depuis longtemps proscrit.

2 - d'adhérences plastiques au niveau de l'intestin grêle, dont seule une observation d'Edelmann fait état. Aussi l'existence d'un "élément lésionnel plus ou moins discret où s'est logé le phytobézoar" qu'invoque Jacquelin, par coudure, adhérence ou bride, ne paraît être qu'un cas d'exception.

Par contre nous paraissent déterminants :

- la nature des aliments ingérés
- l'insuffisance de mastication
- les perturbations apportées par la gastrectomie, éventuellement par une simple gastro-entérostomie (cas de Del Rio) au temps gastrique des modifications physiques du bol alimentaire.

- La nature du bol alimentaire :

C'est sa richesse en éléments cellulosiques : fibres cellulosiques, pépins, que l'on retrouve peut-on dire constamment dans toutes les observations. Il paraît inutile d'y revenir. Son importance semble également être un facteur fréquent.

- L'insuffisance de mastication :

que réalise :

- soit une insuffisance dentaire. La proportion de sujets relativement âgés, à priori en mauvais état dentaire, est importante. L'observation de Le Roy est très instructive : son malade, atteint d'une fracture du maxillaire inférieur, était privé de son appareil dentaire, il se trouvait incapable de toute mastication valable.

- Soit une gloutonnerie du patient : la malade d'Edelmann avale coup sur coup trois oranges, en regardant la télévision "assez de gloutonnement dit son mari, car elle les aime beaucoup". D'une façon générale, ce sont des patients dont la gastrectomie a eu un résultat très favorable, et qui ont oublié tous les principes d'hygiène alimentaire conseillés, notamment l'importance du premier temps buccal de la digestion.

- L'insuffisance, chez le gastrectomisé, d'une transformation physique du bol alimentaire :

Il semble logique d'incriminer les perturbations qui succèdent à cette opération, mutilante dans la physiologie haute, dans la formation du phytobézoar.

En effet, des notions élémentaires de physiologie nous apprennent que les aliments, après mastication buccale, parviennent dans l'estomac semi-liquides, le bol alimentaire ayant été fragmenté et enrobé de salive.

Dans l'estomac, le bol subit une double action : celle du suc gastrique qui, non seulement, dilue ce bol pâteux, mais, par son acide chlorhydrique et sa pepsine, dilacère, morcelle les fragments ou lambeaux que la mastication avait pu laisser solides ou semi-solides : celle de la musculature gastrique, qui pendant plusieurs heures brasse ce mélange, permettant une action prolongée du suc gastrique, entraînant une liquéfaction du bol alimentaire. C'est en effet à l'état liquide qu'il passe dans le duodénum, grâce à l'ouverture intermittente de sphincter pylorique, dont le rôle est essentiel.

Chez le gastrectomisé, même si une adaptation secondaire se produit, notamment par un allongement progressif du moignon gastrique, tous ces éléments sont perturbés :

- une diminution de la sécrétion gastrique, notamment chlorhydrique, qui est un des principes directeurs des résections larges dans la maladie ulcéreuse, est un fait ordinaire.

- une diminution du réservoir gastrique, dont le moignon ne sera plus apte à conserver longtemps et à longuement brasser le bol alimentaire, est patente.

- Enfin toute résection supprime le muscle pylorique. Toute anastomose, et spécialement les gastro-entérostomies larges, crée une bouche inerte, dépourvue d'une musculature sphinctérienne, ordinairement incontinente : ainsi qu'en font foi les examens radiologiques des estomacs gastrectomisés où, ordinairement, le repas opaque passe, tout au moins partiellement, en trombe dans l'anse jéjunale.

Il est possible que le Péan - qu'on ne réalise ordinairement que sur des moignons gastriques relativement longs, dont la bouche est étroite, qui impose à la progression du bol alimentaire les sinuosités du cadre duodénal - réalise un montage plus favorable, et que l'absence d'iléus alimentaire chez le gastrectomisé type Péan puisse fournir à ses partisans un argument supplémentaire.

Quoiqu'il en soit, ces données pathogéniques doivent inciter, chez le gastrectomisé, à éviter ces facteurs déterminants de l'iléus, dont la prévention semble facile par quelques précautions alimentaires : extrême

modération dans l'ingestion d'aliments à haute teneur cellulosique, repas peu abondants et fractionnés, consciencieuse mastication, ce qui implique un bon état dentaire et la proscription de repas rapides et gloutons.

oOo

E T U D E C L I N I Q U E

L'iléus alimentaire du gastrectomisé réalise une occlusion par obstruction de l'intestin grêle, et présentera les symptômes habituels à ces formes d'occlusion.

Des formes subaiguës peuvent être observées, c'est le premier cas de Ribet, où l'évolution dura un mois, caractérisée par des vomissements, des douleurs abdominales, un état subfébrile et un amaigrissement rapide, qui firent diagnostiquer par le premier médecin consulté une péritonite tuberculeuse, et instaurer un pneumopéritoine et un traitement à la streptomycine. Le diagnostic fut rectifié par examen radiologique du tube digestif avec ingestion barytée. Celle-ci déclenche un épisode aigu, heureusement terminé par l'évacuation spontanée du bézoar. L'opacification du grêle dilaté, l'image du corps étranger apparaissant en clair à la tête de la colonne opaque, furent des signes précieux. Mais de l'avis même des auteurs, cet examen fut peut-être intempestif, et il ne saurait être recommandé, en présence d'un état occlusif même chronique de rechercher par cette technique un signe pathognomonique de corps étranger intestinal. Cette forme fut spontanément curable sans intervention chirurgicale.

En dehors de ce cas particulier, ce furent des formes aiguës qui furent observées, où le diagnostic précis fut un diagnostic opératoire et où le traitement consiste en une levée chirurgicale de l'obstacle.

De l'analyse de ces observations publiées, peut-on préciser à l'iléus alimentaire du gastrectomisé une symptomatologie spécifique, qui permettrait de la distinguer d'autres variétés d'occlusion ? Nous pensons que certains points peuvent être relevés.

D'abord l'anamnèse, c'est-à-dire la notion d'une gastrectomie plus ou moins ancienne, bien supportée au point que toutes précautions alimentaires furent abandonnées par le patient.

La notion d'un repas richement cellulosique ayant précédé de quelques heures l'apparition de la crise.

Le début brusque de celle-ci, mais peut-être sans la brutalité qui caractérise d'autres formes d'occlusion, notamment le volvulus.

L'absence de choc initial marquant le début de la crise. La fréquence d'une rémission, qui souvent occasionne un retard de l'hospitalisation du patient. Le caractère discret et tardif, du déséquilibre hydro-électrolytique, malgré la constance des vomissements.

Le caractère modéré du ballonnement. La possibilité d'ondes péristaltiques, dont la constatation oriente plutôt vers une obstruction que vers une strangulation. Du point de vue radiologique, il nous semble que même sur des cas vus tardivement, est remarquable la relative discrétion des images hydro-aériques, de topographie volontiers diffuse, avec prépondérance de la distension gazeuse par rapport à la réaction liquidienne.

Mais, en toute conscience, il ne nous semble pas possible d'isoler un tableau clinique ou radiologique véritablement spécifique. Nous pensons que chez un ancien gastrectomisé, la notion d'un repas riche en aliments cellulosiques peut et doit faire, chez un praticien averti, suspecter un iléus alimentaire, mais qu'aucun élément ne lui permet formellement d'éliminer une autre variété d'occlusion post-opératoire tardive, notamment un volvulus sur bride, ou un étranglement interne, c'est-à-dire le risque d'une ischémie rapidement irréversible, de phénomènes de déséquilibre hydro-électrolytique précocément graves.

P R O N O S T I C

Il nous paraît très favorable. En effet, sur les trente quatre cas connus :

- un évolue spontanément vers la guérison par migration du béroar (1er cas de Ribet).

- trente deux guérissent après intervention chirurgicale après des suites opératoires satisfaisantes, malgré l'horaire souvent tardif de l'opération.

- Un seul décès est signalé (Chenilleau et Laffitte), celui d'un vieillard opéré tardivement, en plein syndrome toxique, et lié à un déséquilibre hydro-électrolytique irréversible. La précocité du décès, à la 24ème heure, semble exclure le rôle néfaste de l'iléostomie réalisée par les opérateurs, que, dans la discussion du cas, Barroux critique.

TRAITEMENT

En principe, l'iléus alimentaire post-gastrectomie relève d'un traitement chirurgical.

Dans la grande majorité des cas l'intervention consistera en une laparotomie médiane, en une exploration permettant l'identification de la lésion, et en une iléotomie permettant l'extraction du corps étranger, la vidange par aspiration de l'intestin d'amont dilaté, et la suture de l'incision intestinale. Intervention amenant une guérison sans incident dans tous les cas publiés.

Dans un cas, CHEVILLEAU et LAFFITTE terminent l'opération par une iléostomie. Le décès survint, mais chez un patient opéré tardivement, dans un état pitoyable, sans qu'on puisse raisonnablement imputer à la fistulisation iléale une responsabilité dans cet échec. Néanmoins, avec BARROUX, nous pensons que "avec les moyens modernes de vider le grêle, il semble que l'iléostomie, qui n'est pas une très bonne opération, soit inutile".

En cas de double bézoar, LEROY par une unique iléotomie faite au niveau du plus volumineux amas, situé en aval put refouler un deuxième amas sus-jacent, de moindre volume. Par contre deux incisions entérales sont nécessaires à RIBET (et collaborateurs) pour extirper un double corps étranger. Dans leur 3ème cas où existait un diverticule de Méckel, ces auteurs purent refouler le bouchon jusqu'au niveau du diverticule, et l'extraire par la plaie d'excision diverticulaire, réalisant ainsi en même temps l'ablation du diverticule et la levée du corps étranger. Il semble que, dans cette observation, le diverticule de Meckel, qui participait à la dilatation intestinale d'amont, n'ait joué aucun rôle dans le blocage du bézoar.

Dans notre deuxième cas, le volume modéré du bézoar, sa consistance molle, la proximité de la valvule iléocoecale permirent par un modelage à travers la paroi iléale, de réduire son calibre et de l'acheminer jusqu'au coecum. Lorsqu'elles sont possibles, ces manoeuvres de morcellement ou de modelage, de laminage du bouchon intestinal sont évidemment préférables à l'iléotomie ; la septicité de cette intervention, les accidents toujours possibles au niveau des sutures intestinales comportant un risque supplémentaire pour le malade. Mais ce risque, à l'ère des antibiotiques et de l'aspiration gastro-duodénale, est mineur, surtout si l'on prend soin de convenablement protéger le champ opératoire lors des manoeuvres septiques et les heureux résultats obtenus par les divers opérateurs en sont une preuve tangible. Cependant nous pensons que l'iléotomie mérite d'être évitée dans les bézoars de volume modéré, de consistance relativement molle et relativement proches de l'angle iléo-coecal à condition d'observer suffisamment de douceur dans les manoeuvres "externes", de ne pas s'obstiner inutilement devant leur échec.

De toute évidence, à l'opération doit être associée un traitement médical : - aspiration gastro-duodénale continue.

- réanimation prévenant ou corrigeant un déséquilibre hydro-électrolytique, avec bilan humoral répété.

antibiotiques si, comme à l'ordinaire, l'intervention a comporté un temps septique.

Un cas, le premier de RIBET, n'a pas été opéré. Le lendemain du jour où le corps étranger fut repéré, l'occlusion cédait par migration spontanée du bézoar dans le colon, les auteurs ne précisent pas les soins donnés pendant cette période.

Il apparaît donc qu'une évacuation spontanée du bézoar est possible. Dans certains cas opérés, il est possible qu'elle aurait pu se produire : nous pensons spécialement à notre deuxième cas, où, 3 jours après le début de la crise, le bézoar était à 30 cm. de la valvule de BAUHIN ; où le volume modéré de l'amas, ses possibilités de modelage nous permirent aisément de le faire passer dans le coecum. Il est probable que, dans certains cas favorables, une temporisation, sous couvert d'une aspiration gastro-duodénale évitant la stase et la distension intestinale d'amont, d'une réanimation

judicieusement conduite qui éviterait toute déséquilibration humorale, d'antispasmodiques qui calmeraient la douleur et peut-être, levant un spasme intestinal, favoriseraient la migration du bouchon - permettrait d'assister à l'évacuation spontanée du phytobézoar, et d'éviter l'intervention.

Cela nous autorise-t-il à préconiser une telle expectative ? Sûrement pas. Ce serait miser sur la possibilité d'une réunion d'éléments favorables - et on sait qu'au jeu existent des perdants, en l'occurrence le patient. Ce serait surtout supposer possible un diagnostic de certitude d'iléus alimentaire. Or, nous avons vu qu'il est difficile d'aller au delà du diagnostic d'occlusion du grêle ; des nuances trop subtiles ne permettent pas d'éliminer la strangulation qui impose un horaire opératoire précoce. Strangulation d'autant plus à redouter qu'il s'agit d'un ancien laparotomisé ; et plus, d'un sujet ayant subi une intervention qui peut être créatrice de brèches méso-coliques, de boucles viscérales. Seul un optimisme excessif conduirait à différer l'opération, et l'optimisme est une faute grave en pathologie abdominale d'urgence.

Mais on ne saurait terminer ce chapitre sans insister sur la prévention du phytobézoar chez le gastrectomisé. Elle est évidente, il suffit d'écarter du régime de ces opérés, ou de ne tolérer qu'un usage modéré des aliments de haute teneur cellulosique - les observations citées en donnant la liste : agrumes et spécialement oranges, dont on recommandera de ne consommer que les jus ; raisin dont la peau et les pépins devront rejetés : figues, noix de coco ; ananas ; choux et choucroûte ; salades, piments. Il faut imposer des repas d'abondance modérée. Il faut faire comprendre la nécessité d'une bonne mastication, d'une discipline qui exclue tout repas précipité, toute gloutonnerie. Il faut surveiller l'état dentaire, imposer une prothèse convenable chez l'édenté.

Cette hygiène alimentaire s'impose d'ailleurs chez les opérés à petit moignon gastrique, dont la distention peut entraîner des troubles dont la manifestation majeure est la classique "dumping syndrome". Mais c'est spécialement chez le gastrectomisé qui va bien, qui donc aura tendance à se libérer de toute contrainte, qu'il faudra savoir être persuasif pour imposer cette discipline.

CONCLUSIONS

Nous présentons deux observations d'occlusion intestinale aiguë par phytobézoar survenant chez des gastrectomisés pour ulcère, recueillies à l'hospital de DREUX, et une troisième observation, inédite, due à l'obligeance de Monsieur le Professeur Agrégé EDELMANN.

Ces trois observations portent à 14 le nombre des observations françaises, à 34 le nombre des observations mondiales que nous avons pu retrouver de cet accident rare des gastrectomies.

Les perturbations apportées par la résection gastrique et l'anastomose gastro-jéjunale au temps gastrique des phénomènes digestifs, et spécialement l'incontinence de la bouche anastomotique, sont des facteurs favorisant la constitution du phytobézoar, formé par des fibres ou débris cellulosiques provenant d'aliments végétaux, fruits ou légumes, insuffisamment mastiqués.

Ainsi se trouve réalisé un syndrome d'obstruction aiguë du grêle, dont la cause exacte est bien difficile à préciser cliniquement et radiologiquement : c'est ordinairement un diagnostic opératoire.

Une intervention chirurgicale d'urgence s'impose, dont les résultats sont très généralement favorables, que l'obstacle ait été levé par simple refoulement du corps étranger dans le colon ou, plus ordinairement, par iléotomie.

La possibilité d'un tel accident ne doit pas contribuer à discréditer la gastrectomie, non seulement en raison de sa rareté, mais du fait de la facilité de sa prévention, par l'observation des règles élémentaires d'hygiène alimentaire, qui nous paraissent devoir être un impératif chez les gastrectomisés.

oOo

Vu, le Président de Thèse :

Professeur POILLEUX

Vu, le Doyen de la Faculté :

Professeur L. BINET

Vu, et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

- ALLEN A.E et SMITHWICK'R -
case record of the Massachussetts Hospital - New England J.
Med, 1942, 226, 864
- BAUMEISTER o.f DARLIGD.D -
Acute intestinal obstruction due to orange pulp bezoar - Ann
Surg, 1947, 126, 251
- BOWEN - American surgeon , 22, 1076, 1956
- BUTLER M.F - iléus dû à des quartiers d'orange après gastrectomie partiel-
tielle - Brit. Med. J. 26 sep. 1959, n° 5151, 549 - 550
- CHENILLEAU et LAFFITTE.
Deux cas d'occlusion aigue tardive du gêle après gastrecto-
mie - Bordeaux chirurgical, avril 1953, 87 - 88
- DE BAKEY et OCHSNER - Bezoar and concretions Surgery 4, 934, 1938; 5 :
132, 1939
- EDELMANN - L'iléus alimentaire chez les gastrectomisés. Archives des ma-
ladies de l'appreil digestif tome 50 n° 6 juin 1961, 657 -
661
- ELFVING G. et SCHEININ F.M - Intestinal obstruction coused by ungested ve-
getables - Ann. Chir. Gyn. Fenniae, 1953, 42, 178
- FLEMING W.B - Occlusion intestinale due à l'impaction de pulpe d'orange
après gastrectomie partielle - Med. J. Australia, 12sept.
1959 - 2, n° 11, 361 - 362
- FLEMINGJ;P et WARD Mc QUAID J.N - Four unusual complication of partiel
gastrectomy:- Australian and New Zeland J; Surgery, 1950, -
20, 73

II

- MACCARTHY D.F - Lancet, 1956, 2, 999
- MACPHEE I.W - Lancet, 1956, 2, 359
- MANIER J.W - occlusion intestinale par phytobezoar après resection gastrique - Amer Journal of gastroenterology, janvier 1963, 39, n° I, 48- 51
- MOREY, MEANS et HIRSLEY - Dispyrobezoar in the post gastrectomy stomach. Arch. Surgery, 71, 946, 1955
- NAGEL G.W et BERGERA J.J - Phytobezoar obstruant l'intestin grêle après gastrectomie subtotale. Amer. Journal of Surgery, mars 1960, 99; n° 3 , 318, 319.
- NORBE G P?B - Intestinal obstruction due to citurs fruits after partial gastrectomy - Acte chirurgica Scandinavia, 1955, 109, 43
- NORBERG P?B - Intestinaleobstruction due to food. Surg. Gynecol .Obtetr. 113, 149; 1961
- POWLEY - Brit. Med. Journal, 25 nov. 1961, n° 5264 p. 1392
- RAINS, DAWSON - EDWARDS et BROOKES - Lancet 1956, 2, 462
- RIBET, FOVET et GUERRIN - Occlusion de l'intestin grêle par phytobezoar après gastrectomie (3 observations) . Presse Médicale, 25 25 décembre 1961, 69, n° 55, 2610 - 2612
- ROWLING J.T - Lancet, 1956, 2, 463
- RYAN P.H - Lancet, 1956, 2, 463
- SEIDMANN. M - De l'occlusion intestinale aigue par phytobezoar. Thèse Médecine Paris 1938 n° 217
- SEIFE T. E - Uber Krantileus - Deutsche Zschr. Chir, 1930, 224, 96.
- SPURZEMR.R et DESSER P.L - Occlusion intestinale due à un phytobezoar, à la suite de résection gastrique - Surgery, sept. 1957, 42, n° 2, 493- 495
- STALKERL.K et GOTHAMI.J - New-York State J. Med, juin 1950, 50, 1614
- WALK - Phytobezoar in the gastric stump. Report of case and discussion of therapy. Arch. Int. Med. 1949 34, n°6 824 - 835
- WARD - Mc QUAID J.N - Brit. Med. Journal, 1950, I, 1106
- WARD - Mc QUAID J.N - Lancet, 1956, 2, 359
- WIDMARK P.H - Vallôtorot, eu icke oforling jolk medicin. Svensk Lakartidu 51, 2255, 1954.

Téléphone : ODEon 58-90

PARIS - V •

8, rue Dante

AGEMP
POLYCORIE

